

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-691942

2009225

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11680 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0674268978 Total des frais engagés :

1809,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	24/12/24	12 Séances de Réed				12 x 150 DH = 1800 DHS

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																						
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																						
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																		
				INP : <input type="text"/>																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																		
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																		
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G		
H	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
D	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
B																						
G																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		



ORDONNANCE

AZAHAC NEZHA

Bouskoura, le : 24/02/24

Rééducation fonctionnelle de la cheville

Gauche pour: Les Maladie d'haglund.

- Renforcement musculaire du triceps sural et du plantaire grêle
- Désenoplissement musculaire
- Proprioception ,
- Physiothérapie antalgique et drainage lymphatique

3 séances/sem pdt 12 semaines

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Docteur SAMIH MOUSSAIED
Traumatologie orthopédie

N° Dossier: 200225

N° Dossier externe: ACC-11680-26/03/2024

Type de dossier: REEDUCATION

Bénéficiaire: AZAHAL NEZHA

Situation: Notifié

Sous-situation: ---

Date de début: 26-03-2024

Date de fin:

Date de saisie: 26-03-2024

Événement:

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [↓]

Date	Type	Commentaire
27-03-2024	Manuel	OK ACC 12 SEANCES KINÉ



Centre De Kinésithérapie La Ville Verte

FACTURE

N°21/2024

Nom et prénom du patient : Hme AZAHAL Nezha

Pathologie : Maladie d'haglund

Médecin traitant : Dr. SAHIT Mohamed

Nombre de séances : 12 Séances

Prix unitaire /séance : 150,00 DHS

Montant total : 1800,00 DHS

Fait à Casablanca le 24/04/2024

ESSALMI Ibtissam
Centre De Kinésithérapie
La Ville Verte
~~06 63 41 22 15 - 05 20 43 74 69~~
Lotissement Andalous III, GH6A
Immeuble 6, Apt 3 - bouskoura

Nous avons reçu Mme AZAHAL Nezha au niveau du CENTRE DE KINESITHERAPIE LA VILLE VERTE pour 12 séances de rééducation suite à une Maladie d'ha glund suivant le calendrier ci-dessous :

SEANCE	DATE
1	27/03/2024
2	29/03/2024
3	01/04/2024
4	03/04/2024
5	05/04/2024
6	08/04/2024
7	11/04/2024
8	15/04/2024
9	17/04/2024
10	19/04/2024
11	22/04/2024
12	24/04/2024

Fait à Casablanca le 24/04/2024

ESSALMI Ibtissam
Centre De Kinésithérapie
La Ville Verte
06 63 41 22 15 - 05 20 43 74 69
Lottissement Andalous III, GH6A
Immeuble 6, Apt 3 - Bouskoura